

Examiner – Joseph Nguyen

Applicant – Edlin Solomon

Application 09/871,383(20020089000-A1).

Mailing date 01.11.2005.

Letter mailed 08.26.2005.

## BIDIRECTIONAL BIPOLAR STATIC INDUCTION TRANSISTOR Letter

Now, I cannot send changes of CIP from 01.23.2005, because I am ill.  
3 certificates are enclosed.

AUTHOR:



EDLIN S.D.

08.26.2005

[illegible]

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and what needs to be changed.

2. The second step is to set goals. These should be specific, measurable, achievable, relevant, and time-bound.

3. The third step is to develop a plan. This involves determining the steps that need to be taken to achieve the goals.

4. The fourth step is to implement the plan. This involves putting the plan into action and monitoring progress.

5. The fifth step is to evaluate the results. This involves assessing whether the goals have been achieved and what lessons can be learned.

6. The sixth step is to make adjustments. This involves making changes to the plan or goals as needed.

7. The seventh step is to communicate. This involves sharing information about the process and results with others.

8. The eighth step is to document. This involves keeping records of the process and results for future reference.

9. The ninth step is to review. This involves periodically reviewing the process and results to ensure ongoing improvement.

10. The tenth step is to celebrate. This involves recognizing and celebrating successes along the way.

023668

מ.ה.

## התמחות: אורטופד

**כתובת: בית הרופאים - אשקלון**

טלפון: 08-6711984

079:

ת.ז.ז.: 32335315      ת.לידה: 26/12/1943      מין: ז

**שם פרטי: סולומון**

**שם משפחה: אדלין**

**טלפון: 0547495464 טל.עבודה/נייד:**

**כתובת:** זבולון 14, אשקלון

**הנני לאשר בזאת כי חבר/ה חלה/תה ב-**

- PAIN JOINT Right Hip
- LOW BACK PAIN

**סה"כ: 22 ימים.**

עד יום: 15/09/2005

**אינו מסוגל לעבוד מיום: 25/08/2005**

## חתימה וחותמת הרופא

25/08/2005

## תאריך

מכבי שירותי בריאות



0316746049



030653

מ.ר.

שם: ד"ר יורי יאנוביצקי

התמחות: משפחה

כתובת: הגבורה 3

טלפון: 08-6747666

ת.ז.: 323335315

שם פרטי: סולומון

שם משפחה: אדלין

טלפון: 0547495464

מין: ז

ת.לידה: 26/12/1943

כתובת:

זבולון 14, אשקלון



0323335315

אישור מחלה

הנני לאשר בזאת כי חבר/ה חלה/תה ב-

• OSTEOARTHRITIS UNS

• PAIN LEG Right

סה"כ: 6 ימים.

עד יום: 12/08/2005

אינו מסוגל לעבוד מיום: 07/08/2005

מכבי שירותי בריאות  
המחלקה לרפואת משפחה  
רשות מקומית  
חתימה וחומת  
1999

07/08/2005

תאריך



0316746049



030653

מ.ר.

העתק 18/07/2005

שם: ד"ר יורי יאנוביצקי

התמחות: משפחה

כתובת: הגבורה 3

טלפון: 08-6747666

ת.ז.: 323335315

שם פרטי: סולומון

שם משפחה: אדלין

0547495464 טלפון:

מין: ז 26/12/1943

ת.לידה:

זבולון 14, אשקלון

כתובת:



0323335315

אישור רפואי**תלונות:**

ביקור חוזר מתאריך: 27/06/2005

כאבים בשוק ימין (באספקט הקדמי של השליש התחתון) בהליכה.

קעת אין כאבים. סיבולת טובה למאמץ; הולך כל יום במשך כשעה.

כאבים בכפות הרגליים ובברכיים.

בבדיקות מעבדה - הפרעה בתפקודי כבד.

**ממצאים:**

ביקור חוזר מתאריך: 27/06/2005

מצב כללי טוב, ללא סימני מצוקה. ללא כח"צ. ללא גודש ורידי צוואר. אין שריעות בלוטות לימפה. כניסת אוויר טובה ושווה לשתי הריאות,

הדיות ופרמיטוס תקינים. קולות הלב סדירים, תקינים. הבטן רכה, לא רגישה, ללא אורגנומגליה. אין בצקות ברגליים. דפקים היקפיים

תקינים. אין שינויים דלקתיים בפרקים.

**אבחנה:**

- OSTEOARTHRITIS UNS
- LIVER ENZYMES ELEVATED

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הגערה/ שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

מכבי  
יורי יאנוביצקי  
רופא משפחה  
רשומה  
20053  
חתימה וחותמת הרופא

18/07/2005

תאריך

העתק 18/07/2005